

Estimation of Mortality, Acute Myocardial Infarction and Chronic Obstructive Pulmonary Disease due to Exposure to O₃, NO₂, and SO₂ in Ambient Air in Tehran

Majid Kermani^{1,2},
Mohsen Dowlati²,
Ahmad Jonidi Jafari^{2,3},
Roshanak Rezaei Kalantari^{2,3}

¹ Associate Professor, Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Research Center for Environmental Health Technology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received October 14, 2015 Accepted Jan 10, 2015)

Abstract

Background and purpose: Air pollution is one of the most important environmental factors threatening human health that cause short and long term health effects and various diseases. The present study aimed at investigating and quantifying the health consequences associated with exposure to O₃, NO₂, and SO₂ in ambient air in Tehran, 2014, using the air quality (Air Q) model.

Materials and methods: A descriptive–analytic study was performed in which hourly data of pollutants were taken from Tehran environmental protection agency and Air Quality Control Company. Data was validated according to the WHO guidelines. Statistical parameters were calculated for quantifying health effects. Then, processed data was converted for Air Q model.

Results: The highest cumulative cases of mortality was due to NO₂ (n= 1274, attributable proportion= 2.51). Also, cumulative cases of hospital admission due to chronic obstructive pulmonary disease were attributed to O₃ (n= 240 cases, attributable proportion= 2.54). The number of heart attack cases due to SO₂ was 225.

Conclusion: According to the growing trend of air pollution, resultant mortality rate, and adverse effects more efficient solutions are required to control and reduce air pollution in Tehran.

Keywords: air pollution, health effect, mortality, Air Q model, Tehran

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(138): 96-107 (Persian).

برآورد تعداد موارد مرگ و میر، انفارکتوس میوکاردیال حاد و بیماری انسداد مزمن ریوی (COPD) ناشی از تماس با آلاینده های ازن، دی اکسید نیتروژن و دی اکسید گوگرد در هوای شهر تهران

مجید کرمانی^{۲،۱}محسن دولتی^۲احمد جنیدی جعفری^{۳،۲}روشنک رضایی کلانتری^{۳،۲}

چکیده

سابقه و هدف: آلودگی هوا به عنوان یکی از مهم ترین عوامل زیست محیطی تهدیدکننده سلامت انسان، علاوه بر اثرات مخرب بر محیط زیست، سبب اثرات بهداشتی کوتاه و بلندمدت و بیماری های مختلف می گردد. مطالعه حاضر با هدف کمی سازی و برآورد پیامدهای بهداشتی منتسب به آلاینده های ازن، دی اکسید نیتروژن و دی اکسید گوگرد در هوای کلان شهر تهران با استفاده از مدل AirQ انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۳ در کلان شهر تهران می باشد. ابتدا داده های ساعتی آلاینده ها از شرکت کنترل کیفیت هوای شهر تهران و اداره کل محیط زیست تهران دریافت گردید. سپس طبق معیارهای WHO، اعتبار سنجی گردیده و شاخص های آماری مورد نیاز جهت کمی سازی اثرات بهداشتی محاسبه گردید و داده های پردازش شده در محیط اکسل به داده های ورودی و مورد نیاز نرم افزار AirQ تبدیل شد و مراحل کمی سازی اثرات با استفاده از نرم افزار انجام گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد بیش ترین تعداد تجمع کل مرگ منتسب به آلاینده NO₂ با ۱۲۷۴ نفر و جزء منتسب ۲/۵۱ برآورده شده است. هم چنین بیش ترین موارد بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری انسداد مزمن ریوی منتسب به آلاینده O₃، ۲۴۰ نفر با جزء منتسب ۲/۵۴ می باشد. تعداد موارد سکته قلبی منتسب به SO₂، ۲۲۵ نفر می باشد.

استنتاج: با توجه به روند رو به رشد آلودگی هوا و مرگ و میر، اثرات بهداشتی و بیماری های ناشی از آن، انجام اقدامات و راه حل های مؤثر در زمینه کنترل و کاهش آلودگی هوا در کلان شهر تهران بسیار حائز اهمیت است.

واژه های کلیدی: آلودگی هوا، اثرات بهداشتی، مرگ و میر، کلان شهر تهران، مدل AirQ

مقدمه

داده است. طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی از پیامدهای بهداشتی، ۸۶۵۰۰۰ مورد مرگ سالیانه افراد را مورد تخمین زده شده است (۱-۳). امروزه بسیاری از شهرهای مهم ایران با مشکل وضعیت نامطلوب کیفیت هوا

آلودگی هوا یکی از مهم ترین مباحث مرتبط با محیط زیست می باشد که مواجهه با آن سبب بروز اثرات بهداشتی متعددی شده و با توجه به روند رو به رشد آن در بسیاری از شهرهای بزرگ جهان، سلامتی تهدید قرار

E-mail: mohsendowlati.69@gmail.com

مؤلف مسئول: محسن دولتی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات تکنولوژی بهداشت محیط

۱. دانشیار، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات تکنولوژی بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

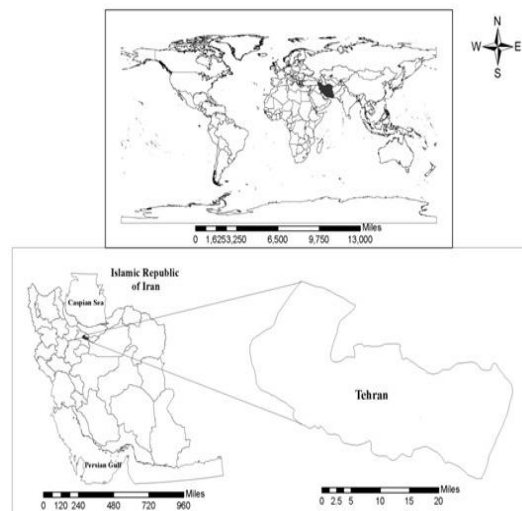
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۸/۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰

و پدیده گرد و غبار مواجه هستند. آمار نشان می‌دهد که در بسیاری از کلان شهرهای کشور به خصوص شهر تهران، کیفیت هوا از حد مجاز تعیین شده توسط سازمان بهداشت جهانی فراتر رفته است (۵،۴). مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران در حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد کل مرگ‌ها را شامل می‌شود که پس از حوادث ترافیکی، دارای بالاترین آمار مرگ و میر در این کشور است. طی دو دهه گذشته در اروپا و سراسر جهان، مطالعات اپیدمیولوژیکی بسیاری در زمینه ارتباط آلاینده‌های هوا و میزان موارد مرگ و میر در اثر بیماری‌های قلبی و عروقی صورت پذیرفته است (۷،۶). مطالعه‌ای که توسط بهرامی اصل و همکاران تحت عنوان برآورد تعداد بیماری و مرگ ناشی از آلاینده NO_2 در هوای پنج کلان شهر ایران در سال ۱۳۹۰ با استفاده از مدل AirQ انجام پذیرفت، نشان داد شهر اصفهان با متوسط غلظت سالیانه $128 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ، بیش‌ترین غلظت NO_2 را داشته و در تمامی شهرها این متوسط غلظت بیش‌تر از حد استاندارد کشورمان بوده است. تعداد کل مرگ، مرگ قلبی عروقی و بستری به دلیل انسداد مزمن ریوی، در مشهد به ترتیب با ۲۸۶ نفر، ۱۶۱ نفر و ۴۳ نفر بیش‌ترین تعداد را داشته‌اند (۸). قنبری قوزیکلی و همکاران با بررسی آلاینده‌های O_3 ، NO_2 و SO_2 (۲۰۱۴) در شهر تبریز نشان دادند که در حدود ۰/۳، ۰/۹ و ۰/۴ درصد از بیماری‌های انسداد ریوی به ترتیب مرتبط با آلاینده‌های O_3 ، NO_2 و SO_2 است و به ازای افزایش $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ در غلظت این آلاینده‌ها ریسک این بیماری در حدود ۰/۵۸، ۰/۳۸ و ۰/۴۴ درصد افزایش می‌یابد و رابطه معنی‌داری بین سطح این آلاینده‌ها با تعداد بیماران انسداد ریوی وجود دارد (۹). دهقانی (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با بررسی رابطه عناصر اقلیمی و آلاینده‌های هوای شیراز با مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و تنفسی، نشان داد میان مرگ و میر ناشی از آلاینده SO_2 ، دمای هوا و فشار هوا ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۰). NO_2 نقش بسیار زیادی در بروز بیماری‌های قلبی و

عروقی دارا می‌باشد طبق مطالعات و پژوهش‌های انجام گرفته مانند مطالعه تورنتو کانادا، میزان پذیرش بیمارستانی بیماری مزمن انسداد ریوی، ۷/۷۲ نفر بوده که ۴۰/۴ درصد ناشی از دی‌اکسید نیتروژن بوده است (۱۱). آژانس بین‌المللی تحقیقات بر روی سرطان (IARC) در سال ۱۹۹۲ در تحقیقی، SO_2 را جزء مواد کارسینوژن دسته‌بندی نمود (۱۲). دی‌اکسید گوگرد یکی از آلاینده‌های معیار پایش آلودگی هواست که عمدتاً از مصرف سوخت‌های فسیلی، نیروگاه‌ها و ترافیک شهری وارد جو می‌گردد (۱۳). ازن نیز یکی از ترکیبات سمی فتوشیمیایی در هوای آلوده می‌باشد و راه ورود آن به بدن اغلب از طریق تنفس بوده و بسته به غلظت اولیه می‌تواند در هر قسمت از بافت ریه نفوذ کند. مطالعه اپیدمیولوژیکی متعددی نیز (۲۱-۱۴) به اثرات بهداشتی ازن بر روی سلامتی انسان اشاره کرده‌اند. مدل AirQ یکی از معتبرترین روش‌ها جهت کمی‌سازی اثرات آلودگی هوا بر مبنای روش "ارزیابی خطر" می‌باشد که بیش‌تر از نوع آماری- اپیدمیولوژیکی بوده و توسط دفتر اروپایی محیط‌زیست و سلامت WHO در سال ۲۰۰۴ ارائه شده است. در این مدل اثرات بالقوه ناشی از تماس با یک آلاینده مشخص بر انسان در یک ناحیه شهری معین و طی دوره زمانی خاص ارزیابی می‌شود و یک ابزار معتبر و قابل اعتماد به منظور برآورد اثرات کوتاه مدت آلاینده‌های هوا می‌باشد (۲۲).

شهر تهران یکی از آلوده‌ترین شهرهای کشور می‌باشد و میزان آلودگی در این شهر، روز به روز افزایش می‌یابد، به طوری که شرایط زندگی را برای بسیاری از شهروندان سخت و طاقت‌فرسا نموده است. لذا انتظار می‌رود که آمار مرگ و ابتلا در این شهر سال به سال افزایش یابد. بنابراین نیازمند پژوهش در این زمینه و توجه هر چه بیش‌تر مسئولین و متخصصین امر جهت کنترل آلودگی هوا می‌باشد. از این رو مطالعه و ارزیابی میزان اثرات بهداشتی آلودگی هوای شهر تهران بر

سلامت شهروندان امری ضروری است. تصویر شماره ۱ بیانگر موقعیت جغرافیایی شهر تهران می باشد.



تصویر شماره ۱: موقعیت جغرافیایی شهر تهران

مواد و روش ها

این مطالعه که در کلان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد، یک مطالعه توصیفی مقطعی است و در آن از مدل نرم افزاری Air Q 2.2.3، جهت ارزیابی اثرات آلاینده های SO_2 و NO_2 بر روی تعداد موارد مرگ و میر، سکته قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی استفاده شد. جهت تعیین میزان اعتبار داده ها به منظور انجام آنالیزهای آماری و استفاده از داده های خام، بر اساس معیارهای ذکر شده توسط WHO، داده های ثبت شده در ایستگاه ها مورد پردازش اولیه و ثانویه قرار گرفت. در پردازش اولیه حذف، شیت بندی آلاینده و یکسان سازی زمانی برای برآورد متوسط صورت گرفت و بر اساس معیارهای ذکر شده توسط WHO، تعداد ایستگاه های دارای داده های معتبر شناسایی شدند. از این رو نسبت بین تعداد داده های معتبر برای دو فصل (فصل گرم و سرد) نباید بیش از ۲ برابر باشد. هم چنین جهت دستیابی به مقادیر متوسط ۲۴ ساعته، می بایست حداقل ۵۰ درصد داده های معتبر وجود داشته و دارای اعتبار کافی باشد. پردازش ثانویه در نرم افزار اکسل با برنامه نویسی،

شاخص های آماری مورد نیاز شامل میانگین سالیانه، میانگین فصل گرم، میانگین فصل سرد، صدک ۹۸ سالانه، حداکثر سالیانه، حداکثر فصل گرم و حداکثر فصل سرد آلاینده ها محاسبه شد. جمعیت براساس گزارش مرکز آمار، طبق سرشماری ها به عنوان جمعیت در معرض آلودگی مدنظر قرار گرفت. در نرم افزار، تعیین اثرات سوء سلامتی در ارتباط با جرم آلاینده استنشاقی می باشد؛ بنابراین داده های ورودی بایستی برحسب واحدهای وزنی - حجمی ($\mu g/m^3$) باشند. بدین منظور با نوشتن برنامه در نرم افزار Excel و بر اساس شرایط دمایی و فشار، داده ها تبدیل واحد شدند. برای تبدیل به واحد جرم به حجم، از فرمول کلی زیر استفاده شد که P فشار هوا، T درجه حرارت و MW وزن مولکولی آلاینده می باشد:

$$\frac{\mu g}{m^3} = \frac{P (mmHg) \times MW \times ppm}{62.4 \times T (^{\circ}K)} \times 1000 \quad (1)$$

در نهایت با وارد کردن داده های پردازش شده در نرم افزار Air Q، نتایج به صورت جزء متناسب، تعداد موارد مرگ و میر، سکته قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی ناشی از تماس با آلاینده های SO_2 ، NO_2 و O_3 به دو صورت جدول و نمودار ارائه گردید.

یافته ها

نتایج حاصل از این مطالعه شامل پارامترهای آماری غلظت آلاینده های SO_2 ، NO_2 و O_3 در کلان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ و نتایج حاصل از خروجی نرم افزار به صورت جداول و نمودارها در این بخش ارائه شده است. در ابتدا پس از اعتبار سنجی داده های دریافتی از شرکت کنترل کیفیت هوا و سازمان محیط زیست، مطابق معیارهای WHO، تعداد ایستگاه های دارای داده های معتبر برای آنالیز در شهر تهران در سال ۹۳، ۳۳ ایستگاه شناخته شده و مورد آنالیز قرار گرفتند. بعد از معتبر سازی داده ها طبق معیارهای سازمان جهانی بهداشت از کل ۳۶۵ روز در سال، مشخص شد که ۳۶۵

جدول شماره ۱: شاخص های آماری مورد نیاز مدل برای بررسی اثرات سه آلاینده گازی در کلان شهر تهران بر اساس ایستگاه های معتبر

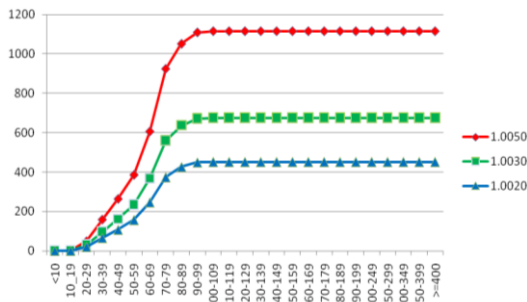
پارامتر	ازن ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	دی اکسید گوگرد ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	دی اکسید نیتروژن ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)
متوسط سالیانه	۵۵	۳۹	۹۶
متوسط فصل سرد	۳۷	۴۳	۱۰۴
متوسط فصل گرم	۷۱	۳۵	۸۸
صدک ۹۸ سالیانه	۹۳	۶۸	۱۴۳
حداکثر سالیانه	۱۰۲	۹۴	۱۷۴
حداکثر فصل سرد	۷۶	۹۴	۱۷۴
حداکثر فصل گرم	۱۰۲	۵۳	۱۲۸

بعد از تعیین مقادیر متوسط سالیانه برای آلاینده های O_3 ، NO_2 و SO_2 ، این مقادیر برای هر یک از آلاینده ها با مقادیر رهنمودی و استانداردهای مختلف مقایسه شد. که نتیجه آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بررسی تغییرات میانگین سالیانه آلاینده SO_2 نشان داد که میزان این آلاینده در شهر تهران در سال ۱۳۹۳، ۱/۹۵ برابر استاندارد کیفیت هوای ایران بود، در حالی که متوسط غلظت سالیانه NO_2 در شهر تهران در سال ۱۳۹۳، ۲/۴ برابر استاندارد و در مورد آلاینده ازن متوسط غلظت ۸ ساعته O_3 ، ۰/۵۵ برابر استانداردهای هوای پاک ایران و سازمان جهانی بهداشت می باشند. در مطالعه حاضر، اثرات آلاینده های O_3 ، NO_2 و SO_2 بر سلامت انسان به صورت موارد مرگ و میر، سکت قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی کمی سازی و برآورد می شود. مقادیر ریسک های نسبی و اعداد مربوط به میزان بروز پایه مورد استفاده در این مطالعه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. پس از انجام آنالیزها و براساس نتایج حاصل از نرم افزار AirQ، تعداد موارد اضافی و جزء منتسب مربوط به هر آلاینده برای تعداد موارد مرگ و میر،

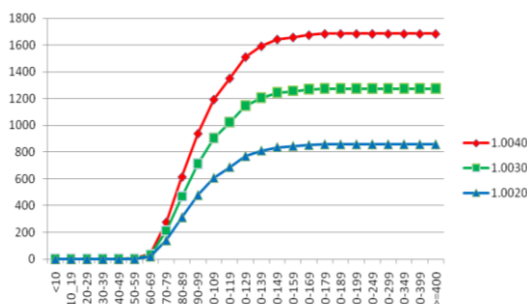
روز داده معتبر وجود دارد. از کل ۳۳ ایستگاه مستقر در سال ۱۳۹۳، برای آلاینده NO_2 ، ۲۱ ایستگاه (عبارتند از اقدسیه، آتی ساز، دانشگاه علم و صنعت، دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه تهران، دروس، گلبرگ، محلاتی، مسعودیه، پارک قائم، پارک رز، پارک سلامت، پارک شکوفه، پاسداران، پونک، شهرری، شهرک چشمه، شهرداری منطقه ۱۵ و شهرداری منطقه ۱۶ که در ایستگاه های مذکور به ترتیب ۶۶۴۰، ۸۷۱۱، ۸۵۰۴، ۶۸۸۳، ۸۴۸۷، ۵۲۳۶، ۷۶۱۴، ۴۴۷۹، ۶۶۶۲، ۷۳۶۵، ۶۵۶۹، ۷۳۵۰، ۶۹۷۶، ۸۴۹۲، ۶۱۷۰، ۶۶۳۳، ۵۸۵۰، ۸۴۱۴، ۸۲۲۸، ۸۳۱۹ و ساعت داده مورد سنجش قرار گرفته بود)، برای آلاینده O_3 ، ۱۱ ایستگاه، (عبارتند از آتی ساز، دانشگاه شریف، مسعودیه، پارک رز، پارک شکوفه، شادآباد، شهرک چشمه، شهرداری منطقه ۴، شهرداری منطقه ۱۰، شهرداری منطقه ۱۶، شهرداری منطقه ۱۹۶ که در ایستگاه های مذکور به ترتیب ۷۲۸۰، ۴۶۸۰، ۴۷۲۸، ۵۳۰۵، ۶۴۷۶، ۵۰۱۵، ۷۶۵۶، ۵۷۸۸، ۴۸۲۳، ۴۸۷۵ و ۵۸۴۷ ساعت داده مورد سنجش قرار گرفته بود) و برای آلاینده SO_2 ، ۷ ایستگاه معتبر (عبارتند از دانشگاه علم و صنعت، دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه تهران، پارک رازی، پارک سلامت، شهرداری منطقه ۱۰ و شهرداری منطقه ۱۶ که در ایستگاه های مذکور به ترتیب ۳۶۱، ۳۲۳، ۲۹۰، ۳۲۳، ۲۴۳، ۲۷۷ و ۲۴۷ روز داده مورد سنجش قرار گرفته بود) بررسی شدند. پس از پردازش اولیه و ثانویه داده های خام، شاخص های مورد نیاز برای مدل محاسبه و تعیین شد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: نسبت متوسط غلظت آلاینده های ازن، دی اکسید نیتروژن و دی اکسید گوگرد به مقادیر رهنمودی و استانداردها در کلان شهر تهران در سال ۱۳۹۳

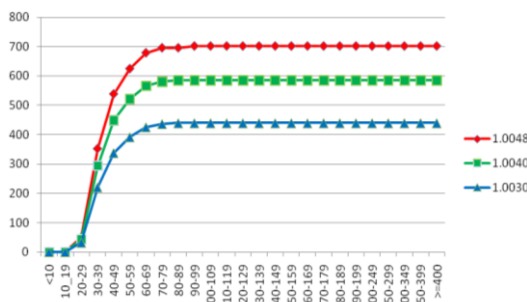
آلاینده	ازن	دی اکسید نیتروژن	دی اکسید گوگرد
رهنمودها و استانداردها	نسبت غلظت شهر تهران به مقادیر استاندارد	متوسط غلظت سالیانه به مقادیر استاندارد	نسبت غلظت شهر تهران به مقادیر استاندارد
رهنمود WHO	۱۰۰	۴۰	۲۰
استاندارد ایران (مصوب ۱۳۸۸)	۱۰۰	۴۰	۱۰۰
استاندارد ملی کیفیت هوای آزاد (۲۰۱۲)	۱۴۷	۱۰۰	۱۲۵



نمودار شماره ۱: تعداد تجمعی موارد کل مرگ ناشی از آلاینده O_3 در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی $1/0.05$ ، سبز با خطر نسبی $1/0.03$ و آبی با خطر نسبی $1/0.02$)



نمودار شماره ۲: تعداد تجمعی موارد کل مرگ ناشی از آلاینده NO_2 در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی $1/0.04$ ، سبز با خطر نسبی $1/0.03$ و آبی با خطر نسبی $1/0.02$)



نمودار شماره ۳: تعداد تجمعی موارد کل مرگ ناشی از آلاینده SO_2 در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی $1/0.048$ ، سبز با خطر نسبی $1/0.04$ و آبی با خطر نسبی $1/0.03$)

جدول شماره ۳: مقادیر ریسک های نسبی و بروز پایه استفاده شده در نرم افزار Air Q برای آلاینده های گازی مورد مطالعه (۲۲، ۲۳)

پایه بهداشتی	بروز پایه (BI)	RR (95% CI) per 10 $\mu g/m^3$ ازن	RR (95% CI) per 10 $\mu g/m^3$ دی اکسید نیتروژن	RR (95% CI) per 10 $\mu g/m^3$ دی اکسید گوگرد
کل موارد مرگ	۵۴۳/۵	$1/0.03 (1/0.02-1/0.05)$	$1/0.03 (1/0.02-1/0.04)$	$1/0.04 (1/0.03-1/0.048)$
مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی	۲۳۱	$1/0.05 (1/0.02-1/0.07)$	$1/0.04 (1/0.03-1/0.05)$	$1/0.08 (1/0.06-1/0.12)$
مرگ ناشی از بیماری تنفسی	۴۸/۴	$1/0.07 (1/0.07-1/0.15)$	-	$1/0.1 (1/0.06-1/0.14)$
بستری ناشی از انسداد مزمن ریوی	۱۰۱/۴	$1/0.08 (1/0.22-1/0.94)$	$1/0.026 (1/0.006-1/0.044)$	$1/0.044 (1-1/0.11)$
بستری ناشی از انفارکتوس میوکارد حاد	۱۳۲	-	-	$1/0.064 (1/0.026-1/0.101)$

سکته قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی برآورد شد که به ترتیب در جدول شماره ۴ نشان داده شده اند. جمعیت گرد شده ورودی به مدل بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۹۳، ۹۳۲۰۰۰۰ نفر می باشد. گراف های مربوط به برآورد تعداد موارد کل مرگ و مرگ قلبی عروقی و تنفسی، تعداد تجمعی موارد بستری در بیمارستان به دلیل بیماری انسداد مزمن ریوی و انفارکتوس میوکارد حاد متناسب به آلاینده های NO_2 ، SO_2 ، O_3 در برابر فواصل غلظت در سه شاخص خطر نسبی پایین، مرکزی و بالا، توسط مدل در کلان شهر تهران در نمودارهای شماره ۱ تا ۱۲ آورده شده است. منحنی وسط متناظر با خطر نسبی مرکزی، منحنی پایین متناظر با خطر نسبی ۵ درصد و منحنی بالا متناظر به خطر نسبی ۹۵ درصد است. جهت محاسبه اثرات و پیامدهای بهداشتی در برنامه Air Q می توان از دو روش عمل نمود:

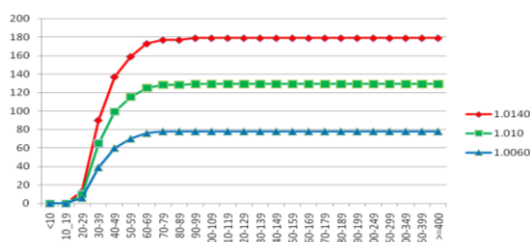
۱- استفاده از مقادیر پیش فرض WHO برای بروز پایه و خطر نسبی (با فواصل اطمینان ۹۵ درصد). این مقادیر با اجرای برنامه به طور خودکار نمایش داده می شوند.

۲- جایگزینی مقادیر پیش فرض با برآوردهای شخصی از بروز پایه و خطر نسبی (فواصل اطمینان ۹۵ درصد) با استفاده از مطالعات همه گیرشناسی منطقه ای و کشوری. به علت تفاوت زیادی که در هرم سنی ایران و اروپا وجود دارد، نمی توان از داده های پیش فرض خود نرم افزار استفاده کرد، چرا که مختص جامعه اروپایی است. بدین منظور با استفاده از بررسی متون صورت گرفته، ریسک های نسبی محاسبه شده برای کشور ایران در این مطالعه استفاده گردید (۲۴، ۲۳).

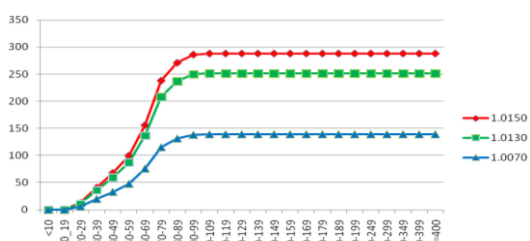
جدول شماره ۴: مقادیر برآورد شده برای تعداد موارد اضافی و جزء منتسب آلاینده های گازی مورد مطالعه برای کل پیامدهای خروجی (با در نظر گرفتن خطر نسبی مرکزی و حد بالا و پایین)

پیامد بهداشتی	آلاینده مورد مطالعه	جزء منتسب /	تعداد موارد اضافی (نفر)
کل مرگ	O ₃	۱/۳۳ (۰/۸۹-۲/۲۰)	۶۷۵ (۱۱۱۵-۴۵۶)
	NO ₂	۲/۵۱ (۱/۶۹-۳/۳۳)	۱۲۷۴ (۸۵۶-۱۶۸۴)
	SO ₂	۱/۱۵ (۰/۸۶-۱/۳۸)	۵۸۵ (۴۴۰-۷۰۰)
مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی	O ₃	۲/۲۰ (۰/۸۹-۳/۰۵)	۶۷۴ (۱۹۲-۶۵۷)
	NO ₂	۳/۳۲ (۲/۵۱-۴/۱۲)	۷۱۶ (۵۴۱-۸۸۷)
	SO ₂	۲/۲۸ (۰/۵۸-۳/۳۸)	۴۹۱ (۱۲۵-۷۲۹)
مرگ ناشی از بیماری تنفسی	O ₃	۵/۵۲ (۳/۰۵-۶/۳۲)	۲۵۱ (۱۳۹-۲۸۷)
	NO ₂	-	-
	SO ₂	۲/۸۳ (۱/۷۲-۳/۹۲)	۱۲۹ (۷۸-۱۷۸)
بستری شدن در بیمارستان ناشی از بیماری انسداد مزمن ریوی	O ₃	۲/۵۴ (۱/۹۸-۴/۰۶)	۲۴۰ (۹۲-۳۸۳)
	NO ₂	۲/۱۸ (۰/۵۱-۳/۶۴)	۲۰۶ (۴۸-۳۴۴)
	SO ₂	۱/۲۶ (۰-۳/۱۱)	۱۱۹ (۰-۲۹۴)
بستری شدن در بیمارستان ناشی از بیماری انفارکتوس میوکارد حاد	O ₃	-	-
	NO ₂	-	-
	SO ₂	۱/۸۳ (۰/۷۵-۲/۸۶)	۲۲۵ (۹۲-۳۵۲)

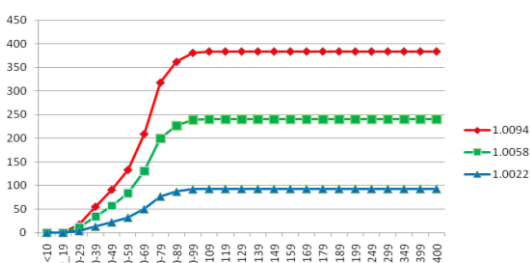
آلاینده SO₂ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۱۲۰، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۸۰ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۲۰)



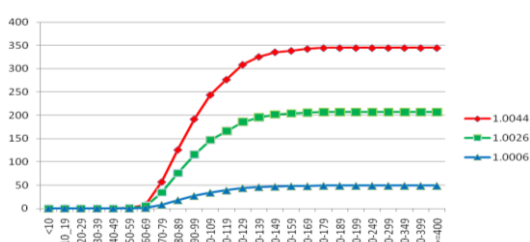
نمودار شماره ۷: تعداد تجمعی موارد مرگ تنفسی ناشی از آلاینده SO₂ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۱۴۰، سبز با خطر نسبی ۱/۰۱۰ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۶۰)



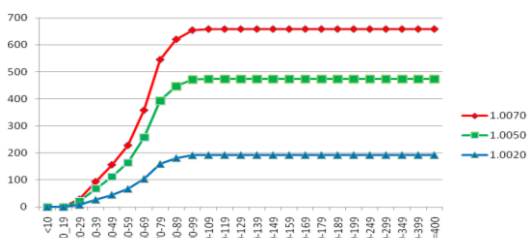
نمودار شماره ۸: تعداد تجمعی موارد مرگ تنفسی ناشی از آلاینده O₃ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۱۵۰، سبز با خطر نسبی ۱/۰۱۳۰ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۷۰)



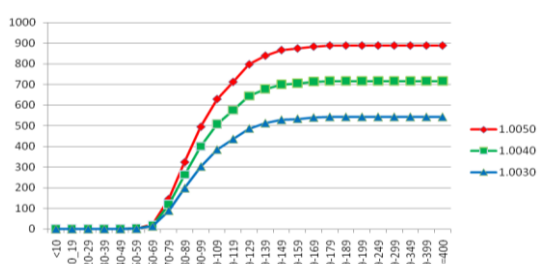
نمودار شماره ۹: تعداد تجمعی بستری در بیمارستان به دلیل انسداد مزمن ریوی ناشی از آلاینده O₃ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۰۹۸، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۵۸ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۲۲)



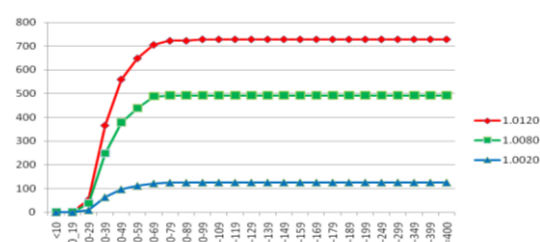
نمودار شماره ۱۰: تعداد تجمعی بستری در بیمارستان به دلیل انسداد مزمن ریوی ناشی از آلاینده NO₂ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۰۴۴، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۲۶ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۰۶)



نمودار شماره ۴: تعداد تجمعی موارد مرگ قلبی عروقی ناشی از آلاینده O₃ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۰۷۰، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۵۰ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۲۰)

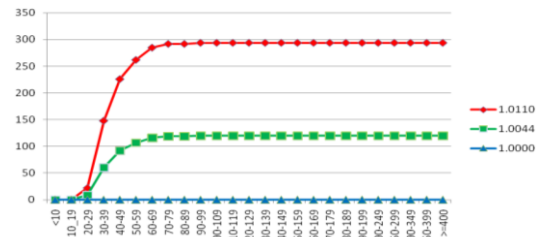


نمودار شماره ۵: تعداد تجمعی موارد مرگ قلبی عروقی ناشی از آلاینده NO₂ در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۰۵۰، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۴۰ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۳۰)

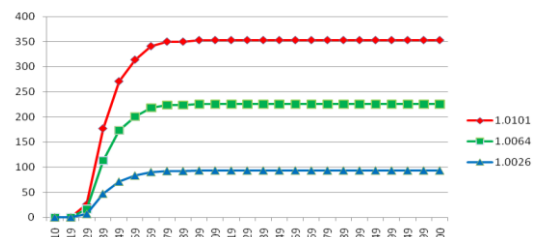


نمودار شماره ۶: تعداد تجمعی موارد مرگ قلبی عروقی ناشی از

۱/۰۱۴ برای SO_2 ، تعداد موارد بستری شدن به علت بیماری‌های مزمن انسداد ریوی با بروز پایه ۱۰۱/۴ و خطر نسبی ۱/۰۰۵۸ برای O_3 و ۱/۰۰۲۶ برای NO_2 و ۱/۰۰۴۴ برای SO_2 و تعداد موارد انفارکتوس میوکارد حاد با میزان بروز پایه ۱۳۲ و خطر نسبی ۱/۰۰۶۴ برای SO_2 ، کمی‌سازی و برآورد می‌شود. همان‌طور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، پیامدهای بهداشتی متناسب به آلاینده‌های O_3 ، NO_2 و SO_2 ، به ترتیب ۶۷۵، ۱۲۷۴ و ۵۸۵ نفر برای موارد کل مرگ، ۴۷۴، ۷۱۶، ۴۹۱ نفر موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، ۲۴۰، ۱۲۶ و ۱۱۹ نفر برای بستری شدن در بیمارستان ناشی از بیماری انسداد مزمن ریوی می‌باشد. به علاوه تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری تنفسی متناسب به آلاینده‌های O_3 و SO_2 ۲۵۱ و ۱۲۹ نفر می‌باشد. هم‌چنین تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان ناشی از بیماری انفارکتوس میوکاردیال حاد متناسب به SO_2 تعداد ۲۲۵ نفر می‌باشد. با توجه به نمودارهای ۱۳-۲، تعداد تجمعی موارد کل مرگ و میر متناسب به NO_2 در تهران در شاخص مرکزی با ۲/۵۱ درصد، بیش‌ترین تعداد (۱۲۷۴ نفر) و SO_2 با ۱/۱۵ درصد، کم‌ترین تعداد (۵۸۵ نفر) را به خود اختصاص می‌دهد. هم‌چنین تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی متناسب به NO_2 در تهران در شاخص مرکزی با ۳/۳۲ درصد، بیش‌ترین تعداد (۷۱۶ نفر) و O_3 با ۲/۲ درصد، کم‌ترین تعداد (۴۷۴ نفر) را به خود اختصاص می‌دهد. به علاوه تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های تنفسی متناسب به O_3 در تهران در شاخص مرکزی با ۵/۵۲ درصد، بیش‌ترین تعداد (۲۵۱ نفر) و SO_2 با ۲/۸۳ درصد، کم‌ترین تعداد (۱۲۹ نفر) را به خود اختصاص می‌دهد. تعداد تجمعی بستری شدن به علت بیماری‌های مزمن انسداد ریوی متناسب به O_3 در تهران در شاخص مرکزی با ۲/۵۴ درصد، بیش‌ترین تعداد (۲۴۰ نفر) و SO_2 با ۱/۲۶ درصد، کم‌ترین تعداد (۱۱۹ نفر) را به خود اختصاص می‌دهد. در نهایت تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان ناشی از بیماری انفارکتوس



نمودار شماره ۱۱: تعداد تجمعی بستری در بیمارستان به دلیل انسداد مزمن ریوی ناشی از آلاینده SO_2 در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۱۱، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۴۴ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۰)



نمودار شماره ۱۲: تعداد تجمعی موارد انفارکتوس میوکارد حاد ناشی از آلاینده SO_2 در فواصل غلظت (تهران-۹۳) (قرمز با خطر نسبی ۱/۰۱۰۱، سبز با خطر نسبی ۱/۰۰۶۴ و آبی با خطر نسبی ۱/۰۰۲۶)

بحث

در این مطالعه تعداد موارد کل مرگ، مرگ قلبی عروقی، مرگ تنفسی، بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری انسداد مزمن ریوی و سکته قلبی ناشی از تماس با آلاینده‌های ازن، دی‌اکسید نیتروژن و دی‌اکسید گوگرد در هوای کلان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ با استفاده از مدل (AirQ) کمی‌سازی و برآورد گردید. نتایج نشان داد مطابق جدول شماره ۱، غلظت‌های سالیانه آلاینده‌های NO_2 ، SO_2 ، O_3 در سال ۱۳۹۳ در شهر تهران، به ترتیب ۵۵، ۳۹، ۹۶ بوده است. با توجه به جدول شماره ۳، اثرات آلاینده‌های O_3 ، NO_2 و SO_2 بر سلامت انسان به صورت تعداد موارد کل مرگ با میزان بروز پایه ۵۴۳/۵ و خطر نسبی ۱/۰۰۳ برای O_3 و ۱/۰۰۴ برای NO_2 و ۱/۰۰۴۸ برای SO_2 ، تعداد موارد مرگ قلبی عروقی با میزان بروز پایه ۲۳۱ و خطر نسبی ۱/۰۰۷ برای O_3 و ۱/۰۰۵ برای NO_2 و ۱/۰۱۲ برای SO_2 ، تعداد موارد مرگ تنفسی با میزان بروز پایه ۴۸/۸ و خطر نسبی ۱/۰۱۵ برای O_3 و

میوکاردیال حاد منتسب به SO_2 در شاخص مرکزی با ۱/۸۳ درصد تعداد ۲۲۵ نفر می باشد. مطالعه ای که توسط مختاری و همکاران در سال ۹۲ انجام شد (۲۵)، نشان داد از بین سه آلاینده SO_2 ، PM_{10} ، $PM_{2.5}$ بیش ترین موارد بستری در بیمارستان و تعداد موارد مرگ زودرس منتسب به PM_{10} ۴۶۰ و ۲۸۳ مورد و کم ترین درصد نسبت منتسب و تعداد موارد مرگ زودرس منتسب به SO_2 ۰/۲۹ و ۹ مورد به دست آمد که بیان کننده اثرات کوتاه مدت تماس با سه آلاینده هوا می باشد. طی مطالعه ای که توسط ندافی و حسونند با هدف کمی سازی اثرات بهداشتی آلاینده های هوای شهر تهران (PM_{10} ، $PM_{2.5}$ ، CO ، NO_2 ، SO_2 ، O_3) در سال ۱۳۹۰ انجام شد، نتایج نشان داد که بیش ترین سهم اثرات بهداشتی منتسب به آلاینده های هوا در شهر تهران مربوط به ذرات معلق ۱۰ و ۲/۵ میکرونی بوده است، به طوری که میزان کل مرگ منتسب به $PM_{2.5}$ و PM_{10} در سال ۱۳۹۰ به ترتیب حدود ۲۳۱۸ و ۲۱۴۲ مورد بوده است که این میزان، ۴/۷۴ و ۴/۳۷ درصد از کل مرگ های شهر تهران را به خود اختصاص داده است (۲۴).

پژوهشی که توسط کرمانی و همکاران در سال ۹۰ انجام شد، نشان داد متوسط غلظت سالیانه O_3 در شیراز، بیش تر از بقیه و در اکثر شهرهای مورد بررسی در فصل گرم، بیش تر از فصل سرد بوده است. بیش ترین تعداد تجمع کل مرگ به ترتیب با ۲۹۴ و ۱۴۸ نفر مربوط به اصفهان و مشهد و کم ترین مقدار مربوط به اراک با ۵۵ نفر بوده است (۲۶). در مقایسه با مطالعه ای که در سال ۹۳ توسط قنبری و همکاران تحت عنوان «تأثیر مواجهه با SO_2 ، O_3 ، NO_2 بر پذیرش بیمارستانی ناشی از انسداد مزمن ریوی در شهر تبریز» انجام شد، نشان داد بین مواجهه با آلاینده های گازی و بیماری های تنفسی و انسداد مزمن ریوی، ارتباط مستقیمی وجود دارد، به طوری که در طول یک سال در شهر تبریز ۳۲، ۶۹ و ۱۵ مورد بستری شدن در اثر بیماری انسداد مزمن ریوی مشاهده می شود (۲۷). طبق نتایج حاصل از مطالعات انجام

شده، تأثیر اصلی NO_2 در افرادی که در معرض این آلاینده قرار گرفته بودند، حساسیت ریوی شناخته شد که معمولاً در غلظت های بیش تر از ۱۸۰۰ میکروگرم در مترمکعب در افراد سالم و در غلظت های ۲۰۰ تا ۵۰۰ میکروگرم در مترمکعب در افراد مبتلا به آسم (۲۸) یا بیماری مزمن انسداد ریوی (COPD) (۲۹) بروز می کند. طی تحقیقی که به مدت ۱۴ سال در تورنتو کانادا صورت گرفت، تعداد متوسط سالیانه پذیرش های بیمارستانی به دلیل بیماری انسداد مزمن ریوی حدود ۸ نفر بود که ۴۰/۴ درصد آن ناشی از تماس با NO_2 گزارش شده است (۳۰). مطالعه انجام شده توسط Touloumil و همکارانش نیز رابطه قابل توجهی را بین NO_2 و کل مرگ روزانه گزارش نموده اند (۳۱). افزایش جمعیت، سبب توسعه بی رویه و بدون ملاحظات زیست محیطی کارخانه ها و افزایش استفاده از سوخت های فسیلی گردیده است که از دلایل اصلی افزایش آلودگی هوا در این شهرهاست. به طور کلی آمار مرتبط با تعداد موارد مرگ و میر بیماری مزمن انسداد ریوی و سکته قلبی به روشنی بیان گر اثرات آلودگی هوا بر سلامت شهروندان می باشد؛ بنابراین لزوم برنامه ریزی درست و مؤثر جهت کنترل و کاهش این آثار مخرب توسط آلاینده های هوا به خصوص ازن را آشکار می سازد. کمی سازی اثرات منتسب به آلودگی هوا میزان تأثیرپذیری افراد جامعه را از آلاینده های هوا، به طور مشخص تبیین می نماید و شرایط بحرانی کیفیت هوا را بهتر نشان می دهد. به دست آوردن یک رابطه مستقیم بین در معرض قرارگیری با غلظت های متفاوتی از آلاینده ها و اثرات آن ها بر سلامت انسان بسیار مشکل است. این روش یکی از معتبرترین روش های مورد استفاده جهت ارزیابی اثرات بهداشتی منتسب به آلاینده های هواست که توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی و ارائه شده است. نتایج این مطالعه و خروجی نرم افزار نشان می دهد که تعداد تجمع کل مرگ، مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی، مرگ ناشی از

بیماری‌های تنفسی، بستری شدن در بیمارستان به دلیل بیماری مزمن انسداد ریوی و انفارکتوس میوکارد حاد در اثر آلودگی هوای شهر تهران مقادیر زیادی را در بر داشته است و تصمیم‌گیران و مسئولان امر بایستی بر پایه مطالعات و پژوهش‌های علمی، راه‌حل‌ها و راهکارهای مناسب، کاربردی، پایدار و قابل اجرا جهت کاهش و کنترل آلودگی هوای کلان شهر تهران به کار گیرند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با

عنوان ارزیابی اثرات بهداشتی آلودگی هوای کلان شهر تهران بر تعداد موارد مرگ و میر و بیماری‌های قلبی-عروقی و تنفسی و تحلیل شاخص‌های کیفیت هوا طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۴، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۳، به کد ۲۵۴۵۵ می‌باشد که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا شده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری مسئولین محترم شرکت کنترل کیفیت شهر تهران و اداره کل محیط زیست استان تهران در خصوص جمع‌آوری اطلاعات تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. WHO. Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012. world health organization, Geneva, 2012.
2. Motesaddi Zarandi S, Raei Shaktaie H, Yazdani Cheratee J, Hosseinzade F, Dowlati M. Evaluation of PM_{2.5} Concentration and Determinant Parameters on its Distribution in Tehran's Metro System in 2012. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 22(2): 37-46 (Persian).
3. Hosseini G, Teymouri P, Shahmoradi B, Maleki A. Determination of the Concentration and Composition of PM₁₀ during the Middle Eastern Dust Storms in Sanandaj, Iran. J Res Health Sci 2015; 15(3): 182-188.
4. Hosseini G, Maleki A, Amini H, Mohammadi Sh, Hassanvand MS, Giahi, et al. Health impact assessment of particulate matter in Sanandaj, Kurdistan, Iran. J Adv Environ Health Res 2014; 2(1): 54-62.
5. Younusian M. Air pollution epidemiology, studies and the ahead challenges Science and Health Journal of Knowledge and Health. 2010; 5 (Sixth Congress of Epidemiology Iran): 34-35 (Persian).
6. Goudarzi G, Mohammadi MJ, Ahmadi Angali K, Mohammadi B, Soleimani Z, Babaei A, et al. Estimation of Number of Cardiovascular Death, Myocardial Infarction and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) from NO₂ Exposure using Air Q Model in Ahvaz City During 2009. Iran J Health & Environ 2013; 6(1): 91-102 (Persian).
7. Soleimani Z, Parhizgari N, et al. Normal and dusty days comparison of culturable indoor airborne bacteria in Ahvaz, Iran. Aerobiologia 2015; 31: 127-141.
8. Bahrami Asl F, Kermani M, Aghaei M, Karimzadeh S, Salahshour S, Shahsavani A, et al. Estimation of Diseases and Mortality Attributed to NO₂ pollutant in five metropolises of Iran using Air Q model in 2011-2012. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(121): 239-249 (Persian).
9. Ghanbari Ghazikali M, Mosaferi M, Nadehi. Kquantification of the health effects of exposure to ozone in tabriz by using airq model. Urmia Medical Urnal 2014; 25(6): 521-530 (Persian).

10. Dehghani M, Zamanian Z, Azadbakht P, Pakizehkhoo R, Hashemi H. The Correlation of Shiraz Air Pollutants on the Hospital Admission Due to the Cardiopulmonary Disease in Shiraz Selective Educational Hospitals. *J Health Syst Res* 2013; 9(8):859-868.
11. Morrow PE, Utell MJ, Bauer MA, Smeglin AM, Frampton MW, Cox C, et al. Pulmonary performance of elderly normal subjects and subjects with chronic obstructive pulmonary disease exposed to 0.3 ppm nitrogen dioxide. *Am J Respir Dis* 1992; 145(2): 291-300.
12. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 1992. Volume 54. Occupational Exposures to Mists and Vapours from Sulfuric Acid and Other Strong Inorganic Acids—see. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol54/index.php>. Accessed May 2, 2015.
13. Ghiyathaddin M. Air pollution: Sources, effects and control. Tehran: Tehran University Publications; 2006.
14. Thurston GD, Ito K, Kinney PL, Lippmann M. A multi-year study of air pollution and respiratory hospital admissions in three New York State metropolitan areas: results for 1988 and 1989 summers. *J Expo Anal Environ Epidemiol* 1992; 2(4): 429-450.
15. Burnett RT, Dales RE, Raizenne ME, Krewski D, Summers PW, Roberts GR, et al. Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals. *Environ Res* 1994; 65(2): 94-179.
16. Kinney PL, Ware JH, Spengler JD. A critical evaluation of acute ozone epidemiology results. *Arch Environ Health* 1988; 43(2): 168-173.
17. Frischer TM, Kuehr J, Pullwitt A, Meinert R, Forster J, Studnicka M et al. Ambient ozone causes upper airways inflammation in children. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148(4 pt 1): 961-964.
18. Romieu I, Corts Lugo M, Ruiz Velasco S, Sanchez S, Meneses, F, Hernandez M. Air pollution and school absenteeism among children in Mexico City. *Am J Epidemiol* 1992; 136(12): 1524-1531.
19. Kinney PL, Özkaynak H. Associations of daily mortality and air pollution in Los Angeles County. *Environ Res* 1991; 54(2): 99-120.
20. Lippmann M. Health effects of tropospheric ozone: review of recent research findings and their implications to ambient air quality standards. *Expo Anal Environ Epidemiol* 1992; 3(1): 103-129.
21. Ostro BD, Lipsett MJ, Mann JK, Krupnick A, Harrington W. Air pollution and respiratory morbidity among adults in Southern California. *Am J Epidemiol* 1993; 137(7): 691-700.
22. Burrett RT, Doles RE, Brook JR, Raizenne ME, Krewski D. Association between ambient carbon monoxide levels and hospitalization for congestive heart failure in the elderly in 10 Canadian cities. *Epidemiology* 1997; 8(2): 162-167.
23. Gholampour A, Nabizadeh R, Naseri S, Yunesian M, Ghipour H, Rastkari N, et al. Exposure and health impacts of outdoor particulate matter in two urban and industrialized area of Tabriz, Iran. *J Environ Health Sci Eng* 2014; 12: 27 (Persian).
24. Naddafi K, Hassanvand MS, Unesian M, Momeniha F, Nabizadeh R, Faridi S, et al. Health impact assessment of air pollution in megacity of Tehran, Iran. *Iranian J Environ Health Sci Eng* 2012; 9: 28.
25. Mokhtari M, Miri M, Mohammadi A, Khorsandi H, Hajizadeh Y, Abdollahnejad A. Assessment of Air Quality Index and Health Impact of PM₁₀, PM_{2.5} and SO₂ in Yazd,

- Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(132): 14-23 (Persian).
26. Kermani M, Bahrami Asl F, Aghaei M, Karimzadeh S, Arfaeinia H, Goudarzi Gh, et al. Quantification of Health Effects Attributed to Ozone in Five Metropolises of Iran Using Air Q Model. J Health 2015; 6(3): 266-280 (Persian).
27. Ghanbari Ghosikali M, Heibati B, Naddafi K, Kloog I, Oliveri Conti G, Polosa R, et al. Evaluation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) attributed to atmospheric O₃, NO₂, and SO₂ using AirQ Model (2011–2012 year). Environ Res 2016; 144(Pt A): 99-105.
28. Folinsbee LJ. Does nitrogen dioxide exposure increase airways responsiveness? Toxicol Ind Health 1991; 8(5): 273-283.
29. Morrow PE, Utell MJ, Bauer MA, Smeglin AM, Frampton MW, Cox C, et al. Pulmonary performance of elderly normal subjects and subjects with chronic obstructive pulmonary disease exposed to 0.3 ppm nitrogen dioxide. Am Rev Respir Dis 1992; 145(2 Pt 1): 291-300.
30. Burnett RT, Smith-Doiron M, Stieb D, Cakmak S, Brook JR. Effects of particulate and gaseous air pollution on cardiorespiratory hospitalizations. Arch Environ Health 1999; 54(2): 130-139.
31. Touloumi G, Katsouyanni K, Zmirou D, Schwartz J, Spix C, de Leon AP, et al. Short-term effects of ambient oxidant exposure on mortality: a combined analysis within the APHEA project. Air Pollution and Health: a European Approach. Am J Epidemiol 1997; 146(2): 177-185.